

## Artículo original

## Troponina elevada en pacientes sin síndrome coronario agudo

Alfredo Bardají<sup>a,\*</sup>, Germán Cediel<sup>a</sup>, Anna Carrasquer<sup>a</sup>, Ramón de Castro<sup>a</sup>, Rafael Sánchez<sup>b</sup> y Carmen Boqué<sup>c</sup><sup>a</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII, IISPV, Universidad Rovira Virgili, Tarragona, España<sup>b</sup>Servicio de Análisis Clínicos, Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII, IISPV, Universidad Rovira Virgili, Tarragona, España<sup>c</sup>Servicio de Urgencias, Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII, IISPV, Universidad Rovira Virgili, Tarragona, España

## Historia del artículo:

Recibido el 18 de agosto de 2014

Aceptado el 17 de octubre de 2014

On-line el 21 de marzo de 2015

## Palabras clave:

Síndrome coronario agudo

Troponina

Pronóstico

## RESUMEN

**Introducción y objetivos:** Las troponinas son biomarcadores específicos de daño miocárdico y tienen implicación en el diagnóstico y el pronóstico de pacientes con síndrome coronario agudo. El objetivo es determinar las características clínicas y el pronóstico en pacientes con elevación de troponina no diagnosticados de síndrome coronario agudo.

**Métodos:** Se estudió retrospectivamente a 1.032 pacientes con determinación de troponinas en un servicio de urgencias, que quedaron distribuidos en tres grupos: 681 pacientes sin elevación de troponina y sin síndrome coronario agudo, 139 con síndrome coronario agudo y 212 con troponina elevada sin diagnóstico de síndrome coronario agudo. Se compararon las características clínicas de estos tres grupos y su mortalidad hospitalaria y a los 12 meses de seguimiento.

**Resultados:** Los pacientes con troponina elevada sin diagnóstico de síndrome coronario agudo eran de mayor edad y tenían mayor comorbilidad que los pacientes con síndrome coronario agudo o sin elevación de troponina. La mortalidad a 12 meses fue del 30,2%, comparada con el 15,1 y el 4,7% de los otros grupos (*log rank test*  $p < 0,001$ ). En el modelo de regresión logística de Cox ajustado por variables de confusión, los pacientes con troponina elevada sin diagnóstico de síndrome coronario agudo tuvieron un exceso de mortalidad con respecto a los pacientes con troponina negativa sin síndrome coronario agudo (*hazard ratio* = 3,99; intervalo de confianza del 95%, 2,36-6,75;  $p < 0,001$ ) y similar pronóstico que los pacientes con síndrome coronario agudo.

**Conclusiones:** La troponina elevada es un importante predictor de mortalidad, independientemente del diagnóstico definitivo del paciente.

© 2014 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Troponin Elevation in Patients Without Acute Coronary Syndrome

## ABSTRACT

**Introduction and objectives:** Troponins are specific biomarkers of myocardial injury and are implicated in the diagnosis and prognosis of patients with acute coronary syndrome. Our purpose was to determine the clinical characteristics and prognosis of patients with troponin elevation who are not diagnosed with acute coronary syndrome.

**Methods:** A total of 1032 patients with an emergency room troponin measurement were studied retrospectively, dividing them into 3 groups: 681 patients with no troponin elevation and without acute coronary syndrome, 139 with acute coronary syndrome, and 212 with troponin elevation and not diagnosed with acute coronary syndrome. The clinical characteristics and in-hospital and 12-month mortality of these 3 groups were compared.

**Results:** Patients with troponin elevation not diagnosed with acute coronary syndrome were older and had greater comorbidity than patients with acute coronary syndrome or no troponin elevation. The 12-month mortality was 30.2%, compared with 15.1% and 4.7% in the other groups (*log rank test*,  $P < .001$ ). In the Cox logistic regression model adjusted for confounding variables, patients with troponin elevation and no diagnosis of acute coronary syndrome had higher mortality compared with patients with negative troponin without acute coronary syndrome (*hazard ratio* = 3.99; 95% confidence interval, 2.36-6.75;  $P < .001$ ) and similar prognosis as patients with acute coronary syndrome.

**Conclusions:** Troponin elevation is an important predictor of mortality, regardless of the patient's final diagnosis.

Full English text available from: [www.revespcardiol.org/en](http://www.revespcardiol.org/en)

© 2014 Sociedad Española de Cardiología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Keywords:

Acute coronary syndrome

Troponin

Prognosis

## VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2014.12.021>, Rev Esp Cardiol. 2015;68:457-9.\* Autor para correspondencia: Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII, Dr. Mallafré Guasch 4, 43007 Tarragona, España. Correo electrónico: [abardaji@comt.es](mailto:abardaji@comt.es) (A. Bardají).<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2014.10.018>

0300-8932/© 2014 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Abreviaturas

ECG: electrocardiograma  
SCA: síndrome coronario agudo

## INTRODUCCIÓN

Las troponinas son marcadores específicos de daño miocárdico y se están utilizando en práctica clínica desde hace más de 20 años. Inicialmente fueron un marcador de «angina inestable»<sup>1</sup>; posteriormente tuvieron un papel fundamental para la estratificación y para guiar la terapia de pacientes con síndrome coronario agudo (SCA)<sup>2,3</sup>; después fueron incluidas en la definición de infarto de miocardio<sup>4</sup>, y finalmente se están constituyendo como una herramienta diagnóstica fundamental en los servicios de urgencias<sup>5,6</sup>, además de un importante marcador pronóstico incluso en pacientes asintomáticos<sup>7</sup>.

El uso generalizado de la determinación de troponina en los servicios de urgencias constituye un gran reto diagnóstico ante cifras anormales de este biomarcador en pacientes con síntomas que podrían ser isquémicos o equivalentes isquémicos, pero que tienen enfermedades concomitantes en las que se ha descrito su elevación<sup>8-10</sup>. Para establecer que la elevación de troponina se debe a un SCA, se ha propuesto la identificación de incrementos porcentuales o cambios absolutos<sup>11</sup> en determinaciones seriadas<sup>12</sup>. En la práctica diaria, normalmente se descarta un SCA en pacientes con troponina elevada con base en los datos de la historia clínica, electrocardiograma (ECG), contexto general del paciente y otras exploraciones complementarias realizadas en urgencias o durante el curso hospitalario. En la mayoría de las revisiones recientes se enfatiza la necesidad de tener mayor conocimiento de las situaciones clínicas diarias que plantean estas dudas diagnósticas<sup>12</sup>.

El objetivo de este estudio es determinar la proporción de pacientes atendidos en un servicio de urgencias que presentan troponinas elevadas sin diagnóstico de SCA, caracterizar esta población y saber cuál es su pronóstico hospitalario y a 1 año de seguimiento.

## MÉTODOS

### Muestra en estudio

Se incluyó retrospectivamente a todos los pacientes consecutivos que acudieron al servicio de urgencias médicas de un hospital universitario entre el 1 de enero de 2012 y el 30 de junio de 2012 y tuvieron por lo menos una determinación de troponina (figura 1). En el centro existe un protocolo por escrito y consensuado con el servicio de urgencias que establece que a todo paciente con dolor torácico no traumático se le practique un ECG a la llegada, así como una determinación de troponina inicial y a las 8 h del dolor<sup>13</sup>. Cuando el dolor ha sucedido 6-8 h antes de la llegada a urgencias, no es necesario repetir la determinación de troponina si esta resulta negativa. En la práctica, este protocolo, diseñado específicamente para pacientes con dolor torácico (ECG inicial y una o dos determinaciones de troponina), también se aplica a pacientes que tienen otros síntomas (p. ej., disnea) que, a criterio del médico de urgencias, obligan a un diagnóstico diferencial con un SCA.

Se identificó a los pacientes a partir de los listados de determinaciones analíticas urgentes realizadas por el laboratorio del centro. Se cuantificaron el número de determinaciones de troponina de cada paciente, así como el valor máximo detectado en alguna de ellas. La muestra estuvo constituida por 1.063 pacientes, de los que se excluyó del análisis a 31: 3 pacientes por edad pediátrica, 9 por parada cardíaca, 1 por infarto de miocardio tipo 3 y otros 18 por residencia fuera del área de referencia directa. Así pues, la cohorte final estudiada fue de 1.032 pacientes, sin ningún caso de pérdida de seguimiento. Estos pacientes quedaron distribuidos en tres grupos: 681 pacientes con troponina negativa y sin diagnóstico de SCA, 139 pacientes con diagnóstico de SCA (122 pacientes con infarto de miocardio y 17 con angina inestable) y 212 pacientes con troponina positiva sin diagnóstico de SCA. En el grupo de pacientes con SCA, el diagnóstico de infarto de miocardio se estableció por el consenso de, por lo menos, dos cardiólogos según criterios clínicos, electrocardiográficos y la demostración de al menos una determinación de troponina por encima de su valor máximo de referencia, mientras que el diagnóstico de angina inestable se estableció con base en criterios clínicos y demostración de isquemia por cambios transitorios del segmento ST en el ECG, prueba de esfuerzo positiva o lesiones significativas en la coronariografía, en ausencia de elevación de troponina. El comité de ética local aprobó la realización de este proyecto.

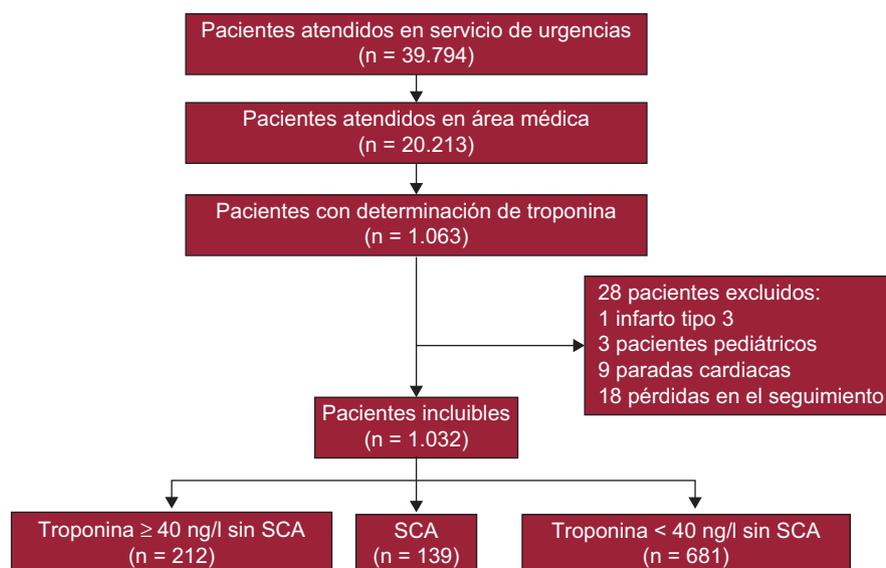


Figura 1. Diagrama de flujo de los pacientes incluidos. SCA: síndrome coronario agudo.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3013137>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3013137>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)